



<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
<b>Signature :</b>	<b>Signature :</b>



**IMPORTANT :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax... ) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Commune domicile : \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Signes cliniques :**

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques : \_\_\_\_\_

Hospitalisation : Oui  Non  Si oui, date de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date : \_\_\_\_\_

**Virologie :**

Date : \_\_\_\_\_ Laboratoire (Nom) : \_\_\_\_\_

Identification par :

Isolement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
IF	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sérologie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
PCR	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Histopathologie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Précisez : \_\_\_\_\_

**Origine de la contamination :**

Séjour à l'étranger (dans les 6 jours précédant le début des signes) : Oui  Non

Si oui, précisez le lieu : \_\_\_\_\_ Localité(s) : \_\_\_\_\_

Séjour en forêt : Oui  Non  Date de retour en NC : \_\_\_\_\_

Autres malades dans l'entourage : Oui  Non  \_\_\_\_\_

Si oui, précisez le nombre : \_\_\_\_\_

Précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir **une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé** en indiquant le numéro d'ordre :

1. Année naissance : \_\_\_\_\_

2. Année naissance : \_\_\_\_\_

3. Année naissance : \_\_\_\_\_

**Prophylaxie :**

**Le malade avait-il été vacciné contre la fièvre jaune :** Oui  Non

Si oui, date de la dernière vaccination : \_\_\_\_\_